

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di Indonesia penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) mulai menimbulkan masalah kesehatan masyarakat sejak diketemukannya kasus tersebut di Surabaya pada tahun 1968. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi oleh virus *Dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes*. Jenis nyamuk penular DBD antara lain *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, dan *Aedes scutellaris*, tetapi sampai saat ini yang menjadi vektor utama dari penyakit DBD adalah *Aedes aegypti* (Fathi *et al.*, 2005). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi penyebaran dan penularan penyakit DBD yaitu urbanisasi, perkembangan pembangunan di daerah pedesaan, mudahnya transportasi, adanya pemanasan global yang dapat mempengaruhi *bionomik* vektor *Aedes aegypti* (Kandun, 2004).

Sampai sekarang belum ada vaksin untuk pencegahan penyakit DBD dan belum ada obat-obatan khusus untuk penyembuhannya, dengan demikian pengendalian DBD tergantung pada pemberantasan nyamuk dan memutuskan rantai penularan yaitu dengan pengendalian vektor (Muhlisin dan Arum, 2006), program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) salah satunya. Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dilakukan secara rutin terlebih setiap musim jangkitan DBD, kegiatan lain yang bisa dilakukan yaitu dengan *fogging* (pengasapan), *abatisasi*, dan pelaksanaan 3M (menguras, menutup, dan mengubur) (Nadesul, 2007). Dari berbagai kegiatan yang dilaksanakan Pemerintah dalam rangka pemberantasan Demam Berdarah

Dengue (DBD) hasilnya belum optimal bahkan masih dijumpai Kejadian Luar Biasa (KLB) yang menelan korban jiwa (Nanda, 2008). Pengetahuan masyarakat di Indonesia pada umumnya relatif masih sangat rendah, sehingga perlu dilakukan sosialisasi berulang mengenai pencegahan DBD (Soejono, 1991). Dalam sosialisasi pencegahan DBD, penyuluhan tentang pencegahan DBD harus sering dilakukan agar masyarakat termotivasi untuk ikut berperan serta dalam upaya-upaya pencegahan Demam Berdarah (DB) (Ajeng, 1996).

Desa Karangpelem merupakan bagian dari Kecamatan Kedawung Kabupaten Sragen. Desa Karangpelem terletak kurang lebih 30 km dari kota Sragen. Sebelah utara desa Karangpelem berbatasan dengan dukuh Semen, sebelah selatan berbatasan dengan dukuh Jambean sebelah timur berbatasan dengan dukuh Ringinanom dan sebelah barat berbatasan dengan dukuh Semplak. Dari *data base* di Desa Karangpelem didapat data demografi yaitu terdapat 1153 KK dengan jumlah populasi 4755 penduduk (**Lampiran 8**). Desa Karangpelem dalam pelaksanaan pencegahan dan pemberantasan berbagai macam penyakit sudah cukup baik, terbukti dengan berkurangnya kejadian demam berdarah dari tahun 2008 sebanyak 10 orang yang terjangkit demam berdarah, tahun 2009 terdapat 4 orang yang terjangkit demam berdarah, hingga tahun 2010 tidak terdapat kasus penyakit demam berdarah di desa tersebut (UPTD Puskesmas Kedawung II, 2010). Meskipun terjadi penurunan kejadian penyakit demam berdarah di Desa Karangpelem, masyarakat harus tetap waspada terhadap gejala dan tanda-tanda penyebaran penyakit DBD. Maka dari itu peneliti ingin mengetahui lebih lanjut tingkat pengetahuan sebelum dan setelah pemberian edukasi (penyuluhan) pada masyarakat tentang pencegahan penyakit

DBD. Sehingga dengan adanya pemberian edukasi (penyuluhan) masyarakat diharapkan bisa berpartisipasi secara aktif dalam pemberantasan DBD, harapannya dengan peran aktif masyarakat dalam pencegahan demam berdarah dapat meningkatkan kehidupan yang sehat dan bersih dari wabah demam berdarah.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka dapat diambil perumusan masalah yaitu: adakah perbedaan tingkat pengetahuan masyarakat Desa Karangpelem Kecamatan Kedawung Kabupaten Sragen tentang pencegahan Demam Berdarah (DB) sebelum dan setelah diberi edukasi ?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan masyarakat Desa Karangpelem Kecamatan Kedawung Kabupaten Sragen tentang pencegahan Demam Berdarah (DB) sebelum dan setelah diberi edukasi.

D. Tinjauan Pustaka

1. Demam Berdarah

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue dan terutama menyerang anak-anak dengan ciri-ciri demam tinggi mendadak dengan manifestasi pendarahan dan dapat menimbulkan syok dan kematian (Suharyono, 1978).

a. Etiologi

Penyebab dari penyakit DBD adalah virus *dengue* anggota dari genus *Flavivirus* (*Arbaviriosis* group B) salah satu genus familia *Togaviradae*. *Arbaviriosis* artinya penyebab penyakit yang ditularkan *Arthropoda* (Suharyono, 1978). Penyakit demam berdarah *dengue* disebabkan oleh virus *dengue* yang mempunyai 4 serotipe jenis, yaitu: DEN-I, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Virus yang banyak berkembang di masyarakat adalah virus dengue dengan tipe 1 dan tipe 3 (Ginanjari, 2008).

b. Patogenesis

Ada dua perubahan patofisiologis utama yang terjadi pada Demam Berdarah (DBD). Pertama adalah peningkatan permeabilitas vaskular yang meningkatkan kehilangan plasma dari kompartemen vaskular. Keadaan ini mengakibatkan *hemokonsentrasi*, tekanan nadi rendah, dan tanda syok lain. Perubahan kedua adalah gangguan pada hemostatis yang mencakup perubahan vaskular, *trombositopenia*, dan *koagulopati* (WHO, 1999).

c. Cara Penularan

Virus *dengue* ditularkan dari manusia ke manusia lain oleh nyamuk *Aedes* yang terinfeksi, terutama *Aedes aegypti* betina merupakan faktor endemik yang paling utama. Nyamuk *Aedes* tersebut dapat menularkan virus *dengue* kepada manusia baik secara langsung yaitu setelah menggigit orang yang mengalami *viremia*, atau secara tidak langsung yaitu setelah mengalami masa inkubasi di dalam tubuhnya selama 8-10 hari. Pada manusia diperlukan 4-6 hari sebelum menjadi sakit setelah virus masuk ke dalam tubuhnya. Pada nyamuk, sekali virus dapat masuk ke dalam tubuhnya, maka nyamuk tersebut dapat menularkan virus selama hidupnya (*infektif*) (WHO, 1999).

Sifat *Aedes aegypti* yaitu senang tinggal dalam ruangan yang lembab dan gelap, senang hinggap pada benda-benda yang bergantung seperti pakaian. Tempat yang digunakan untuk berkembang biak tempat penampungan air seperti bak mandi, gentong, drum, juga barang-barang bekas yang terisi air hujan seperti kaleng bekas, botol-botol dan ban-ban bekas yang kesemuanya terisi air (Anonim, 1986).

d. Gejala klinis

1) Demam

Demam tinggi yang mendadak, terus–menerus berlangsung selama 2–7 hari, naik turun (demam *bifasik*). Kadang–kadang suhu tubuh sangat tinggi sampai 40⁰C dan dapat terjadi kejang demam. Akhir fase demam merupakan fase kritis pada demam berdarah *dengue*. Pada saat fase demam sudah mulai menurun dan pasien seakan sembuh, hati–hati karena fase tersebut sebagai awal kejadian syok, biasanya pada hari ketiga dari demam.

2) Tanda–Tanda Perdarahan

Penyebab perdarahan pada pasien demam berdarah adalah vaskulopati, trombositopenia gangguan fungsi trombosit serta koagulasi intravascular yang menyeluruh. Jenis perdarahan terbanyak adalah perdarahan bawah kulit seperti *retekia*, *purpura*, *ekimosis* dan perdarahan *conjunctiva*. *Retekia* merupakan tanda perdarahan yang sering ditemukan. Muncul pada hari pertama demam tetapi dapat pula dijumpai pada hari ke 3,4,5 demam. Perdarahan lain yaitu, *epitaxis*, perdarahan gusi, *melena* dan *hematemesis*.

3) Hepatomegali

Pada umumnya dapat ditemukan pada permulaan penyakit bervariasi dari hanya sekedar diraba sampai 2–4 cm di bawah arcus costa kanan. Derajat *hepatomegali* tidak sejajar dengan beratnya penyakit, namun nyeri tekan pada daerah tepi hepar berhubungan dengan adanya perdarahan.

4) Syok

Pada kasus ringan dan sedang, semua tanda dan gejala klinis menghilang setelah demam turun disertai keluarnya keringat, perubahan pada denyut nadi dan tekanan darah, akral teraba dingin disertai dengan kongesti kulit. Perubahan ini memperlihatkan gejala gangguan sirkulasi, sebagai akibat dari perembesan plasma yang dapat bersifat ringan atau sementara. Pada kasus berat, keadaan umum pasien mendadak menjadi buruk setelah beberapa hari demam pada saat atau beberapa saat setelah suhu turun, antara 3–7, terdapat tanda kegagalan sirkulasi, kulit teraba dingin dan lembab terutama pada ujung jari dan kaki, sianosis di sekitar mulut, pasien menjadi gelisah, nadi cepat, lemah kecil sampai tidak teraba. Pada saat akan terjadi syok pasien mengeluh nyeri perut (Siregar, 2004). Gejala lainnya yang dapat menyertai ialah : *anoreksia*, mual, muntah, lemah, sakit perut, diare dan kejang (Fransisca dan Gabriela, 2000).

e. Klasifikasi Penyakit

Klasifikasi penyakit menurut tingkat keparahannya sebagai berikut:

- 1) Derajat I : Demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya manifestasi ialah uji *tourniquet positif*.

- 2) Derajat II : Seperti derajat I, disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lain.
- 3) Derajat III : Didapatkan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lambat, kulit dingin atau lembab dan penderita tampak gelisah.
- 4) Derajat IV : Syok berat, nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak terukur (WHO, 1999).

f. Pencegahan

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan beberapa metode yang tepat yaitu:

1) Lingkungan

Pengendalian nyamuk *Aedes aegypti* antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah sebagai contoh :

- a) Menguras bak mandi atau tempat penampungan air sekurang kurangnya sekali seminggu.
 - b) Mengganti atau menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali.
 - c) Menutup dengan rapat tempat penampungan air.
 - d) Mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas, dan ban bekas di sekitar rumah.
- 2) Biologis, pengendalian ini yaitu dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu, ikan cupang).

3) Kimiawi

Cara pengendalian ini antara lain dengan :

- a) Pengasapan/ *fogging* (dengan menggunakan *malathion* dan *fenthion*), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu.
- b) Memberi bubuk abate (*temephos*) pada tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi, gentong, vas bunga.

Cara yang paling efektif untuk pencegahan penyakit DBD adalah dengan mengkombinasikan cara-cara di atas, yang disebut dengan “3M Plus“ yaitu menutup, menguras, menimbun. Selain itu juga melakukan beberapa plus seperti memelihara ikan pemakan jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kasa, menyemprot dengan insektisida, menggunakan repellent, memasang obat nyamuk, sesuai dengan kondisi setempat (Kristina *et al.*, 2004).

2. Edukasi

Edukasi merupakan salah satu bagian dari promosi kesehatan. Promosi kesehatan tidak hanya mengupayakan perubahan perilaku saja, tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Promosi kesehatan lebih menekankan kemampuan hidup sehat, bukan sekedar berperilaku sehat. Hal ini sesuai dengan (Parker, 2001) bahwa promosi kesehatan sebagai proses memungkinkan masyarakat dalam memelihara serta meningkatkan kesehatannya. Dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan merupakan upaya yang dilakukan terhadap masyarakat untuk mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan dirinya sendiri.

Upaya intervensi terhadap perilaku supaya hasilnya langgeng dapat dilakukan melalui pendekatan edukasi (pendidikan) (Parker, 2001).

3. Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk :

- 1) Perbaikan sanitasi lingkungan
- 2) Pembersihan penyakit-penyakit menular
- 3) Pendidikan untuk kebersihan perorangan
- 4) Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini serta pengobatan
- 5) Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

4. Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan pada hakekatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap wujudnya status kesehatan yang optimum pula. Usaha kesehatan lingkungan adalah suatu usaha untuk memperbaiki atau mengoptimalkan lingkungan hidup manusia supaya terwujudnya kesehatan yang optimum bagi manusia yang hidup didalamnya. Usaha memperbaiki kondisi lingkungan ini dari masa ke masa, dan dari masyarakat satu ke masyarakat

yang lain bervariasi dan bertingkat-tingkat, dari yang sederhana sampai yang paling modern sesuai dengan kemampuan masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

5. Usaha-usaha dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan

Usaha-usaha kesehatan ditujukan untuk mengendalikan faktor yang mempengaruhi kesehatan tersebut sehingga manusia tetap dapat hidup sehat, faktor tersebut antara lain :

1. Faktor penyebab penyakit
 - a) Memberantas sumber penularan penyakit, baik dengan mengobati penderita ataupun *carrier* (pembawa basil) maupun dengan meniadakan reservoir penyakitnya.
 - b) Mencegah terjadinya kecelakaan baik di tempat-tempat umum maupun di tempat kerja.
 - c) Meningkatkan taraf hidup rakyat, sehingga mereka dapat memperbaiki dan memelihara kesehatannya.
 - d) Mencegah terjadinya penyakit keturunan yang disebabkan faktor endogen.
2. Faktor manusia, mempertinggi daya tahan tubuh manusia dan meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam prinsip-prinsip kesehatan perorangan.
3. Faktor lingkungan, mengubah atau mempengaruhi lingkungan hidup, sehingga faktor-faktor yang tidak baik dapat diawasi sedemikian rupa sehingga tidak membahayakan kesehatan manusia (Entjang, 2000).

6. Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Effendy, 1995).

1) Tujuan penyuluhan

Penyuluhan kesehatan mempunyai beberapa tujuan yaitu :

- a) Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
- b) Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
- c) Menurut WHO tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.

2) Sasaran penyuluhan

Sasaran penyuluhan kesehatan adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang dijadikan subjek dan objek perubahan perilaku, sehingga diharapkan dapat memahami, menghayati dan mengaplikasikan cara-cara hidup sehat dan kehidupan sehari-harinya. Banyak faktor yang perlu diperhatikan terhadap sasaran dalam keberhasilan penyuluhan kesehatan, diantaranya adalah :

- a) Tingkat pendidikan
- b) Tingkat sosial ekonomi

- c) Adat istiadat
- d) Kepercayaan masyarakat
- e) Ketersediaan waktu dari masyarakat.

3) Metode dalam melakukan penyuluhan

Metode pembelajaran dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan ada beberapa macam disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pesertanya. Beberapa metode pendidikan yang dapat digunakan diantaranya :

a) Metode pendidikan individual

(1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

(2) Wawancara (*interview*)

b) Metode Penyuluhan kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang dari jumlah metode pembelajaran yang ada, berikut ini adalah beberapa contoh metode, yaitu 1) Ceramah, 2) Demonstrasi, 3) Diskusi, 4) Stimulasi, 5) Sumbang saran. Setiap pendekatan dan metode, memiliki keunggulan dan kelemahan masing-masing, sehingga apabila akan menerapkannya, haruslah disesuaikan dengan kondisi peserta yang akan terlibat di dalam proses pembelajaran tersebut (Soeprapto, 2003).

E. Landasan Teori

Kegiatan proses belajar bisa terjadi dimana saja, melalui penyuluhan kesehatan seorang akan belajar dari tidak tahu menjadi tahu (Notoatmodjo, 2007). Sedangkan menurut Effendy (1995) pendekatan edukatif akan dapat memacu

perkembangan potensi. Penyuluhan merupakan pendekatan edukatif untuk meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan penyakit (Effendy, 1995).

Hasil penelitian yang dilakukan Tedy (2005) menyimpulkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat dengan kejadian DBD di Kelurahan Helvetia Tengah Medan, berdasarkan perhitungan *Odds Ratio* (OR) risiko kejadian DBD pada responden yang pengetahuannya kurang baik lebih besar 3,077 kali dibandingkan dengan responden yang pengetahuannya baik yaitu 1,218-7,776 dengan *Prevalens Ratio* yaitu 2,087, dapat diartikan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat dengan kejadian DBD (Tedy, 2005). Menurut Kusumawati *et al* (2008) menyimpulkan bahwa pengetahuan kesehatan lingkungan sebagian kepala keluarga termasuk kategori sedang yakni sebesar 57,7%, sedangkan responden yang berperilaku sehat sebesar 44,6%. Ada hubungan antara pendidikan dan pengetahuan kesehatan lingkungan kepala keluarga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan nilai p masing-masing sebesar 0,001 (Kusumawati *et al.*, 2008).

Pambudi (2009) menyatakan bahwa dari hasil penelitian yang dilakukan dengan analisis statistik melalui *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan partisipasi para kader dalam pemberantasan DBD di Desa Ketitang Kecamatan Nogosari Kabupaten Boyolali dengan $\alpha = 0,05$ dan $p = 0,003$. Kader yang berpendidikan tinggi terbukti mempunyai pengaruh terhadap partisipasi dalam pemberantasan DBD (Pambudi, 2009).

Pengetahuan masyarakat Desa Karangpelem tentang pencegahan penyakit demam berdarah sudah cukup baik terbukti sejak 3 tahun terakhir terjadi penurunan angka kejadian demam berdarah dari tahun 2008 terdapat 10 orang yang terjangkit,

tahun 2009 terdapat 4 orang yang terjangkit hingga di tahun 2010 tidak diketemukan orang yang terjangkit wabah demam berdarah. Dari *data base* tersebut peneliti ingin mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat yaitu dengan membandingkan hasil pengukuran pengetahuan dasar dengan setelah diberi edukasi. Hasil penelitian membuktikan bahwa terdapat perbedaan bermakna sebelum dan setelah diberi edukasi terjadi peningkatan pengetahuan yaitu dengan nilai rata-rata $73,05 \pm 11,24$ menjadi $96,75 \pm 4,81$ setelah diberi edukasi.

F. Hipotesis

Ada perbedaan tingkat pengetahuan masyarakat sebelum dan setelah diberikan edukasi (penyuluhan) tentang pencegahan penyakit demam berdarah.